

LES POSSIBILITÉS DE LA CHIRURGIE SPÉCIALE EN PATHOLOGIE ANO-RECTALE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier le

30 Juin 1943

PAR

Max LATOUR

Né le 17 Novembre 1903, à Le Puy (Haute-Loire)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	}	MM. BAUMEL, professeur, président	}	Assesseurs
		GIRAUD, — Doyen de la Faculté		
		HARANT, agrégé		
		CADERAS DE KERLEAU, agrégé		

LE PUY

IMPRIMERIE « LA HAUTE-LOIRE »

23, BOULEVARD CARNOT, 23

1943

**Les Possibilités de la Chirurgie Spéciale
en Pathologie Ano-rectale**

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 130

LES POSSIBILITÉS DE LA CHIRURGIE SPÉCIALE EN PATHOLOGIE ANO-RECTALE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier le

30 Juin 1943

PAR

Max LATOUR

Né le 17 Novembre 1903, à Le Puy (Haute-Loire)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

MM. BAUMEL, professeur, président
GIRAUD, — Doyen de la Faculté
HARANT, agrégé
CADERAS DE KERLEAU, agrégé

Assesseurs

LE PUY

IMPRIMERIE « LA HAUTE-LOIRE »

23, BOULEVARD CARNOT, 23

1943

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs.

Chaires :

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale..	BAUMEL.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGES.
Thérapeutique et matière générale.....	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique....	BOULET.
Clinique médicale.....	L. RIMBAUD.
— — — — —	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale.....	MASSABUAU, <i>assesseur</i> .
— — — — —	N.
Clinique obstétricale.....	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	EUZIERE, <i>doyen honor.</i>
Clinique des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie.....	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU.
Clinique gynécologique.....	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique.....	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale....	TERRACOL.
Chargés de cours :	
Anatomie.....	LAUX.
Histologie.....	GRANEL.
Radiologie.....	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale.....	AIMES.

Professeurs honoraires.

MM. TEDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES
GALAVIELLE, VIREs, BOSc, VILLARD, GRYNFELTT

Chargés d'enseignements complémentaires.

	MM.		MM.
Chimie.....	MONNIER, <i>agré.</i>	Clinique de la tu-	
Microbiologie.....	CARRERE, <i>agré.</i>	berculose.....	VIDAL, <i>profess.</i>
Histoire nat. méd....	HARANT, <i>agré.</i>	Pathologie chirurg...	MOURGUE-
Pharmacologie.....	HARANT, <i>agré.</i>	— — — — —	MOLINES, <i>agr.</i>
Pathologie médic....	BOUCOMONT, <i>ag</i>	Chirurgie expériment...	TRUC, <i>agré.</i>
— — — — —	BERT, <i>agré.</i>	Médecine opératoire.	GUIBAL, <i>agré.</i>
Propédeutique méd..	P. RIMBAUD, <i>ag.</i>	Accouchements.....	ROUX, <i>agré.</i>
Clinique interne.....	PUECH, <i>profess.</i>		CADERAS
Clinique des mala-		Stomatologie.....	de KERLEAU, <i>ag.</i>
dies contagieuses..	JANBON, <i>profes.</i>		HOUPERT, <i>D</i>

Agrégés en exercice.

	MM.		MM.
Médecine.....	P. RIMBAUD.	Chirurgie.....	MOURGUE-
—	BOUCOMONT.	—	MOLINES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
—	LAFON, <i>ch. d'agr.</i>	—	ROUX.
Chimie.....	MONNIER.	Urologie.....	TRUC.
Bactériologie.....	CARRERE.	Accouchements.....	CADERAS
Histoire nat. méd....	HARANT.		de KERLEAU



A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

*le Docteur A. LATOUR
Officier de la Légion d'Honneur
mon premier Maître.*

A MA FEMME

*qu'elle trouve ici le témoignage de
ma tendresse reconnaissante.*

A MON CHER RENE

A MA MERE

A MA GRAND'MERE

A MON FRERE

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Croix de guerre 1914-1918

*Professeur d'Anatomie Pathologique
et de Médecine Expérimentale.*

Mon cher Maître, je vous remercie d'avoir inspiré et dirigé mon travail de tous les jours. Durant trois années passées dans vos Service vous avez été le guide attentif, dont la bienveillance sait prendre bien des formes. Vous donnez à tous, l'exemple du travailleur inlassable qui, parvenu à une science éminente reste un chercheur et ne cesse de communiquer aux autres les fruits de son expérience.

Je vous dois le meilleur de ma formation médicale.

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOYEN GIRAUD

Nous le remercions du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de faire partie de notre jury de Thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ H. HARANT

J'ai toujours trouvé auprès de lui l'accueil le plus bienveillant. Qu'il trouve ici l'hommage de ma profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
CADERAS DE KERLEAU

Je le remercie de sa présence et de l'enseignement si vivant que j'ai reçu de lui au cours de ma scolarité.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ L. DIGONNET
accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Je le remercie de sa bienveillante amitié.

Lointain est le premier jour de mes Etudes Médicales, un lourd service d'Internat au Centre d'Hébergement de la Préfecture de la Seine m'a tenu durant de longues années éloigné de la Faculté. Les événements ont fait que j'ai pu terminer ma scolarité en la Faculté de Montpellier. Il me reste un agréable devoir : celui de remercier nos Maîtres de cette Faculté de l'enseignement qu'ils nous ont donné avec tant d'autorité et de bienveillance.

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années notre Maître, le Professeur J. Baumel, spécialiste principal de gastro-entérologie de la XVI^e Région pratique aussi bien dans sa clientèle privée que dans ses services hospitaliers la petite chirurgie spéciale ano-rectale.

Trois années passées tant au service de gastro-entérologie de la XVI^e D. M. qu'à la consultation de gastro-entérologie de la Clinique médicale de Monsieur le Doyen Giraud (Pr. Baumel) me permettent de reprendre une formule de Monsieur le Professeur Baumel dans une de ses si vivantes leçons cliniques : « C'est une chirurgie pratique, courante, à la portée de tous les médecins praticiens aussi bien urbains que ruraux ».

En nous efforçant de dresser un tableau de cette petite chirurgie spéciale nous n'avons pas la prétention de faire œuvre vraiment originale ; nous voudrions seulement montrer que telle que la pratique Monsieur le Professeur Baumel elle joint à une bénignité particulière des résultats remarquablement intéressants pour le praticien.

Dans la première partie de ce travail nous exposerons rapidement :

- 1^o) ce qu'il importe de voir dans une affection ano-rectale ;
- 2^o) le toucher rectal ;
- 3^o) la rectoscopie base pratique, fondamentale de toute petite intervention ano-rectale qui nous retiendra plus longtemps ;
- 4^o) la Biopsie.

Dans la deuxième partie nous traiterons de la petite chirurgie proprement dite des :

Hémorroïdes, fissures anales, fistules anales, papillomes, condylomes, polypose rectocolique, tumeurs villeuses et néoplasmes.

Nous ne saurions envisager quelques-unes des possibilités de la petite chirurgie spéciale en pathologie ano-rectale sans exposer au préalable comment on doit examiner un malade atteint d'une affection ano-rectale.

L'examen complet d'un pareil malade comprend :

- 1^o) L'interrogatoire du malade.
- 2^o) L'examen général.
- 3^o) L'examen local.
- 4^o) Le toucher rectal.
- 5^o) L'endoscopie.

1^o) *L'interrogatoire du malade :*

L'interrogatoire du malade doit porter sur les symptômes présentés : prurit, écoulements, hémorragies, l'existence de troubles digestifs concomitants (constipation, diarrhée), l'histoire de la maladie et les antécédents du malade : séjours coloniaux en particulier.

Un point particulièrement intéressant est à faire préciser : *les selles* ; nombre de selles par jour (dures ou molles). Le malade éprouve-t-il des besoins impérieux d'aller à la selle ? ces selles se produisent-elles avec des crachats sanguinolents ? il y a souffrance du rectum.

Les matières sont-elles enrobées de sang ? penser aux hémorroïdes.

Le sang émis est-il mélangé aux selles ? penser à un syndrome intestinal.

Le sang est-il émis avant la selle ? penser aux hémorroïdes, néoplasme, recto-colite-ulcéro-hémorragique ou érosions de la région rectale proprement dite.

2^o) *L'examen général :*

Monsieur le Professeur Baumel pose en principe de gastro-entérologie que l'on doit voir sa spécialité à travers la médecine générale et non l'inverse. Nous examinerons donc successivement les divers appareils en commençant par un examen gastro-entérologique complet, le malade étant couché sur le dos.

3°) *L'examen local :*

Le malade étant placé en position genu-pectorale (que nous décrirons au chapitre de la rectoscopie et qui est la meilleure) ou si le malade est trop cachectique, en decubitus latéral droit ou gauche (comme pour une ponction lombaire) ou à l'extrême rigueur en decubitus dorsal, pratiquer l'inspection de la région anale.

Regarder en écartant largement avec les deux pouces les fesses l'une de l'autre :

l'anus normal se présente comme une fente linéaire.

l'anus pathologique pourra présenter au premier examen de gros plis cutanés péri-anaux chez les malades atteints soit de prurit, soit d'hémorroïdes procidentes (marisques), de végétations, ulcérations, tumeurs, suintements liquides ou purulents, fissuration, chancre anal, plaques muqueuses hypertrophiques anales et syphilides secondaires de la peau, eczéma.

4°) *Le toucher rectal* systématiquement pratiqué nous donnera de précieux renseignements :

1) *dans le canal anal*

a) sur les fissures qui se traduiront sous le doigt par un petit ressaut, avec une vague induration et une douleur très vive du sphincter qui se spasme et se laisse toucher difficilement ; induration qui, en cas de suppuration péri-rectale ne sera pas perçue par l'anuscope.

b) sur les hémorroïdes et en général toutes les affections (phlegmons péri-anaux par exemple) qui passent inaperçus au rectoscope.

2) *dans la cavité rectale*

sur l'existence de formations tumorales : polypes, tumeurs villeuses, néoformations, ulcérations, dureté plus ou moins cartonnée ou ligneuse de la paroi.

Pour être fructueuse cette exploration doit suivre les règles d'une technique rigoureuse « Jamais elle ne doit consister à introduire distraitement et sans méthode un doigt rapide dans un petit bout de l'anus » (Savignac). Notre malade étant placé d'abord en position genu-pectorale « comme pour la prière à Mahomet » (Savignac) « l'index ganté avec soin d'un doigtier copieusement enduit de vaseline ordinaire, est introduit le plus loin possible dans la direction du canal anal. On explore alors

le sphincter, puis le rectum face par face ». Nous n'aurons garde d'oublier, le doigt étant retiré de sentir, odeur de suppuration ou odeur indéfinissable du néo qui permet souvent le diagnostic soit du néo anal, soit du néo gastrique.

5°) *La rectoscopie.*

C'est une autre méthode d'examen que l'on doit employer systématiquement en pathologie ano-rectale et elle est la base de toute intervention de petite chirurgie.

L'expérience montre qu'avant de faire un traitement d'hémorroïdes même reconnues, il est indispensable de pratiquer une rectoscopie, puis voir si, au-dessus de la région rectale, il n'existe pas une autre cause non hémorroïdaire des troubles pathologiques constatés.

Pour beaucoup de lésions que la clinique fait pressentir, que les examens radiologiques ne peuvent préciser, c'est à la rectoscopie que Monsieur le Professeur Baumes qui en a pratiqué tant dans sa clientèle hospitalière que privée, plus de quinze mille, s'est toujours appuyé pour établir leur diagnostic formel, suivre leur évolution, mettre en œuvre la thérapeutique appropriée.

La rectoscopie met en évidence les hémorroïdes ou dilatations variqueuses haut situées, la présence de polypes, d'une masse bourgeonnante. Elle permet dans le cas d'hémorragie ano-rectale de faire une discrimination en rapportant la perte de sang à sa véritable cause ; et si le diagnostic est hésitant elle permet une biopsie d'un fragment de la néoformation.

Indications.

R. Bensaude dans son traité d'endoscopie recto-sigmoïdienne en a d'une façon précise et complète fixé les indications. Nous ne saurions mieux faire que rappeler après Bensaude que l'on doit avoir recours à la rectoscopie.

1°) Chaque fois qu'un malade présente des symptômes douleur, tenesme, selles muqueuses ou purulentes témoignant d'une affection recto-colique.

2°) En présence de toute perte de sang par l'anus (hémorragie que l'on n'attribuera pas à des hémorroïdes).

3°) Lorsque des troubles intestinaux chroniques (constipation, fausse diarrhée, douleurs) surviennent vers la quarantaine chez un sujet jusque là bien portant.

4°) Au cours des diarrhées chroniques ne cédant pas aux traitements habituels.

5°) Toutes les fois que l'état général d'un malade fait soupçonner un cancer sans que des symptômes précis en indiquent le siège.

6°) Enfin en présence de toute occlusion intestinale dont l'origine demeure obscure.

Monsieur le Professeur Baumel pratique une rectoscopie chez tout sujet ayant fait un séjour en Orient ou aux Colonies, même lorsque l'examen coprologique n'a pas montré de parasites ou leurs kystes.

Bien que quelques accidents aient été signalés, la rectoscopie est une manœuvre inoffensive, pratiquement sans danger, très facile ; l'âge ou l'état cachectique ne sont pas une contre-indication, seul l'état cachectique peut commander un examen en decubitus latéral ou dorsal.

Instrumentation.

Anuscope de 6 cm. de long et de 20 à 25 cm. de diamètre. La boîte de rectoscopie avec ses tubes de 15 cm à 35 cm et leur système d'éclairage. Tampons montés. Pincés à biopsie, cuvette qui sera placée entre les jambes du patient pour recevoir le mandrin et les instruments souillés au cours de l'examen. Table d'examen rigide courante à défaut table recouverte d'une épaisse couverture (bien matelassée).

Préparation du malade.

Dans le service de Monsieur le Professeur Baumel on administre deux lavements de 1 litre 1/2 à 2 litres d'eau tiède simple, deux heures avant l'examen, chaque lavement étant rendu immédiatement, l'examen est pratiqué 1/2 heure à 1 heure après l'administration du dernier lavement.

Position du malade.

Placer le malade, en position genu pectorale sur la table d'examen, au besoin sur un lit. Le sujet applique une joue à plat sur la table, il repose sur les épaules, les bras pendants. Les jambes et les genoux doivent être écartés pour laisser la place libre à la cuvette chargée de recevoir les liquides ou instruments dont on a fait usage au cours de l'intervention.

En bonne position le dos doit former un creux.

Le malade doit être placé à une hauteur permettant à l'opérateur d'agir avec aisance. Expliquer au malade l'utilité de la position, surtout dans les interventions d'une certaine durée.

Technique.

Le malade étant en position genu-pectorale. Le tube endoscopique, anoscope ou rectoscope, stérilisé, enduit de vaseline, muni de son mandrin obturateur, doit être introduit avec douceur et horizontalement par le canal anal, dans la cavité rectale, l'orifice est franchi sans difficulté.

On enlève le mandrin obturateur, on met en place le système d'éclairage et *on fait progresser le tube sous le contrôle de la vue*. Après le passage du segment anal qui mesure 2 à 3 cm. le tube est dans l'ampoule rectale.

Il faut diriger le tube en haut et à gauche, le rectum épousant à ce niveau sur 10 cm. la concavité sacrée. Arrivés à la jonction recto-sigmoïdienne, ce qui représente un trajet de 15 cm environ, le malade doit respirer profondément pour faire apparaître l'orifice de l'S iliaque, incliner alors le rectoscope en bas et à droite pour franchir l'anse sigmoïde.

On peut alors introduire le tube jusque dans le colon pelvien c'est-à-dire jusqu'à 30 ou 35 cm. de profondeur.

Le rectoscope arrivé au terme de sa course doit être retiré avec la même douceur et *toujours sous le contrôle de la vue*.

On note les ulcérations ou les petites hémorragies dues au passage du tube, montrant la friabilité de la muqueuse.

Mais dans ce cathétérisme rétrograde particulièrement important l'attention doit se porter sur la région sphinctérienne dont le passage à l'aller s'est effectué avec le mandrin obturateur en place et n'a pas permis de vérifier l'état physiologique ou pathologique du canal anal.

C'est là que nous pourrions rencontrer : néo formations végétales telles que papillites hypertrophiques, papillomes, papillomes vénériens, condylomes formés autour d'une ulcération anale. Fissures anales, hémorroïdes internes.

Nous avons cru devoir nous étendre sur la rectoscopie :

Cette méthode réservée il y a quelques années aux seuls spécialistes de l'endoscopie de l'appareil digestif, devrait pas la simplicité actuelle de son instrumentation et de sa technique, par l'importance capitale des renseignements qu'elle fournit, faire partie de tout examen de la portion terminale du tube digestif.

Anuscopie, rectoscopie sont indispensables avant et pendant toute intervention en chirurgie spéciale ano-rectale ; elles permettent outre la précision du diagnostic de pratiquer l'intervention *toujours* sous le contrôle de la vue.

Elle permet en outre toujours sous le contrôle de la vue :

La Biopsie rectale.

L'examen anatomo-pathologique d'une lésion étant dans le cas de doute le seul capable d'en révéler la nature, la biopsie guidera la thérapeutique, justifiant en cas de néoplasme l'intervention chirurgicale ou le maintien d'une thérapeutique physiologique ou purement médicale.

Des biopsies répétées et faites en des endroits différents peuvent déceler une lésion localisée ; ou dans les cas de rectocolite-ulcéro-hémorragique poser les indications thérapeutiques qui découlent de la nature de la lésion elle-même.

Instruments.

Un tube rectoscopique de 22 m/m de diamètre suffit généralement pour pratiquer la biopsie. La pince de Brunnings comporte deux petites cuillères à bords tranchants occupent l'extrémité d'un fil métallique mobile dans un tube rigide pouvant être manœuvrées à distance de façon à être rapprochées ou écartées l'une de l'autre. Liquide de Boin ou formol salé où l'on mettra le fragment prélevé.

La biopsie doit toujours être faite à cheval sur le bord de la lésion de façon à intéresser le centre de celle-ci, sa zone d'extension et le tissu sain.

Ne pas faire de biopsie sur une lésion non hypertrophique qui aurait subi peu auparavant l'action de caustiques ou d'agents physiques tels que l'électro-coagulation, par exemple. Et rien ne saurait mieux illustrer la nécessité de la rectoscopie systématique que cette observation recueillie à la consultation de gastro-entérologie de Monsieur le Professeur Baumel.

OBSERVATION I

Consultation de gastro-entérologie. Service de Monsieur le Professeur Giraud (Professeur Baumel).

Monsieur R. L. 52 ans, Avignon.

Examiné pour la première fois à Avignon, par le Docteur B. le 20 mars 1943, qui a conseillé une radiographie de l'intestin. La radiographie intestinale pratiquée à la clinique du Docteur B... après examen somatique et toucher rectal, sans rectoscopie, fait penser à une tumeur du rectum. Le malade est adressé à Mont-

pellier au service de chirurgie de Monsieur le Professeur Massabuau.

Le 12 avril ce malade nous est adressé par le service de Monsieur le Professeur Massabuau, avec le mot suivant :

« Présente un syndrome rectal caractérisé par des phénomènes diarrhéiques croissants depuis plusieurs mois et des hémorragies à l'occasion de la défécation, hémorragies souvent abondantes. Une biopsie pratiquée, à la limite inférieure de la tumeur a montré des lésions de rectite sans zone d'apparence néoplasique.

« Pourriez-vous pratiquer une rectoscopie qui montrerait la limite de la tumeur surtout vers le haut où l'on peut soupçonner d'autres lésions. »

A l'interrogatoire :

Se plaint depuis 6 à 8 mois de crises de diarrhée (5 à 6 selles par jour avec glaires, peaux et sang alternant avec des périodes de 1 à 2 selles par jour, normales sauf un peu de sang. Au début 2 à 3 selles par jour, actuellement accentuation jusqu'à 8, 10 selles.

Pas de symptômes gastriques sauf pesanteurs au creux épigastrique après le repas du soir.

Amaigrissement de 30 kgs en 8 mois.

Pas de séjour colonial.

Antécédents :

Ictère en 1912, récidivant par petites poussées.

Examen somatique normal.

La rectoscopie pratiquée par le Professeur Baumel montre de nombreuses ulcérations saignant facilement au moindre contact sur toute la surface du rectum et principalement sur son côté gauche à 4 ou 5 cm. de l'anus. Egalement quelques érosions de même nature sur la partie haute du rectum et de la région sigmoïdienne.

Le diagnostic de recto-colite-ulcéro-hémorragique est porté immédiatement, diagnostic que confirme le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté à qui un fragment de muqueuse prélevé par biopsie a été envoyé.

Traité par le Dagenan et l'Agar-Agar, ce malade revu le 5 mai, le 4 juin est en voie très nette d'amélioration locale et générale (a repris 12 kilogs).

Si l'hygiène générale et locale, le régime alimentaire, la régularisation des selles, jointes à un traitement médical proprement dit : pommades, suppositoires, médication interne sont des moyens qui peuvent suffire, lorsqu'il s'agit de poussées transitoires et de cas d'hémorroïdes extrêmement légères, il n'en est pas de même des hémorroïdes qui saignent ou des paquets hémorroïdaires plus ou moins volumineux. C'est dans la méthode des injections sclérosantes ou la diathermo-coagulation, diathermo-résection que nous trouverons le traitement de choix.

Nous essaierons toujours dans les cas même les plus graves d'hémorroïdes les injections sclérosantes seules ou associées à la diathermo-coagulation monopolaire ambulatoire. Ce sont des moyens simples qui doivent réussir et en cas d'échec ne nous empêchent pas d'avoir recours à des méthodes plus radicales.

Facile à réaliser, n'entraînant pas d'immobilisation prolongée nous la préférons toujours à l'intervention sanglante par les méthodes chirurgicales.

C'est avec le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes, traitement essentiellement ambulatoire, que nous entrerons d'une façon plus précise dans la chirurgie spéciale ano-rectale.

I. — INJECTIONS SCLÉROSANTES.

Indications.

Les indications essentielles de la méthode sclérosante sont les hémorragies et accessoirement les prolapsus. Les résultats sont remarquables et immédiats aussi bien dans les hémorragies en gouttes ou en nappe que dans les hémorragies profondes. Le prolapsus qu'il vienne à l'occasion de la marche ou d'un effort est amélioré et souvent guéri, mais il faudra dans ce cas et dans bien des cas d'hémorroïdes savoir associer les injections sclérosantes et la diathermo-coagulation.

Les douleurs disparaissent rapidement lorsqu'elles sont dues uniquement à des paquets hémorroïdaires.

L'âge ou une tare viscérale (cardiaque, rénale, hépatique), peuvent contre-indiquer une intervention.

Une dernière indication est constituée par les récurrences après interventions chirurgicales où le malade refuse toujours pratiquement une nouvelle intervention, mais accepte facilement un traitement par les injections sclérosantes.

Il est extrêmement important qu'avant toute intervention un examen minutieux précise la méthode à employer : sclérosantes ou diathermo coagulation.

Contre-indication.

a) Il ne faut jamais injecter les hémorroïdes externes ou les marisques, l'injection sclérosante arrivant à créer des nécroses, des abcès ou des fistules dont la guérison complique le problème.

b) Il ne faut jamais injecter des thrombo-phlébites hémorroïdaires irréductibles (hémorroïdes étranglées), l'injection pouvant amener soit une nécrose relativement étendue, soit des complications septiques qui peuvent être graves.

c) Si au cours de la série d'injections sclérosantes il y a formation d'une escarre, ne pas faire de nouvelle injection avant sa guérison totale.

Instruments.

En premier lieu : l'anuscope.

Un plateau bassin placé entre les jambes du malade sur lequel repose tout ce qui peut être utile au cours de l'intervention.

Seringue de 5 cc. à laquelle on adapte un embout métallique assez long pour permettre d'attendre la région sus-hémorroïdaire à travers l'anuscope ; une aiguille de 1 cm. de long, très fine.

La solution à injecter.

Diverses solutions ont été plus ou moins en honneur. Monsieur le Professeur Baumel emploie et toujours avec succès (nous n'en citerons pas d'autres) la solution de R. Bensaude :

Ampoules stérilisées de 5 cc. avec chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 % pour une ampoule n° X...

Technique de l'injection.

Le malade, sans aucune préparation, sans anesthésie, étant en position genu-pectorale, introduire l'anuscope. Choisir toujours

pour la première injection le paquet le plus gros. La seringue ayant été remplie au préalable, la main gauche maintenant en place l'anuscope, injecter à travers le tube anoscopique, 3 à 5 cm³ de la solution dans le tissu cellulaire para-hémorroïdaire, en muqueuse saine, sushémorroïdale (pâle, rosée, d'aspect normal), jamais dans la muqueuse carminée du bourrelet hémorroïdaire lui-même. Une injection faite trop superficiellement risquerait d'amener une gangrène superficielle.

L'injection doit être pratiquée parallèlement à l'hémorroïde, sans la faire saigner. Elle doit être poussée lentement et sans effort et être absolument indolore.

Il est indispensable d'opérer sous le contrôle de la vue, soit avec l'anuscope, soit avec le rectoscope, avec éclairage.

Lors de la première injection ne jamais injecter toute l'ampoule de 5 cc. Pratiquer une seule injection par séance ; les séances étant espacées de 7 jours en 7 jours, en allant en principe, des paquets hémorroïdaires les plus gros aux paquets les plus petits.

L'opérateur pour avoir toujours présentes à l'esprit les hémorroïdes déjà traitées, figure l'anus par le cadran d'une montre dont chaque hémorroïdes représente une heure. Monsieur le Professeur Baumel dans son service pratique les injections suivant un mode régulier que nous adopterons :

1 ^{re}	injection	à	III heures.
2 ^e	—	à	IX —
3 ^e	—	à	V —
4 ^e	—	à	XI —
5 ^e	—	à	VII —
6 ^e	—	à	II —

On pratique rarement plus de six injections au-delà de la 6^e injection, espacer les séances de quinze jours.

Incidents et complications.

Les incidents sont très rares ; ils se résument à des douleurs et sont dus pour la plupart à des erreurs de technique ; injection trop superficielle, trop profonde (en plein muscle), trop basse (en plein bourrelet). L'escarre constitue une contre-indication formelle à toute nouvelle injection jusqu'à sa cicatrisation complète.

Résultats.

Les résultats sont d'une façon générale excellents.

Les hémorragies sont de beaucoup les symptômes les plus modifiés surtout dans les formes de couronne angiomateuse diffuse ; il est de règle alors que la guérison soit totale, rapide et définitive.

Les douleurs qui sont fonction de la poussée congestive de l'ulcération ou du prolapsus disparaissent après la cure sclérosante.

Le prurit en rapport avec l'existence d'hémorroïdes cesse après leur disparition.

C'est le traitement le plus simple et les statistiques s'accordent à reconnaître 70 % de guérison totale, 20 % d'améliorations notables.

Enfin c'est un traitement ambulatoire qui n'entraîne en aucun cas la cessation de l'activité du malade.

Dans le service de Monsieur le Professeur Baumel où plus de cent malades ont été traités depuis 3 ans, nous n'avons jamais vu de récides. Peut-être est-ce du en partie à ce que nous avons perdus les malades de vue par le fait du traitement ambulatoire ou parce qu'ils ont changé de garnison. Parmi ceux que nous avons revus occasionnellement après trois ans, tous ce sont déclarés parfaitement satisfaits de ce mode de traitement.

Quoiqu'il en soit, un des grands avantages de la méthode des injections sclérosantes est de pouvoir être appliquée à un grand nombre de malades chez lesquels on hésiterait à pratiquer une intervention chirurgicale (cardiaques, rénaux) et chez tous ceux dont l'affection encore à son début, peut être facilement enrayée. En outre, ajoutons à cela des avantages d'ordre social : possibilité de faire le traitement sans interrompre ses occupations ; traitement relativement peu onéreux, tant pour les malades que pour les hôpitaux dont les lits restent libres pour des affections sérieuses.

Mais si dans le traitement du bourrelet hémorroïdaire peu marqué l'injection sclérosante est la première thérapeutique à employer, dans les paquets hémorroïdaires nous serons souvent obligés d'employer une autre méthode plus radicale, la diathermo-coagulation.

II. — LA DIATHERMO-COAGULATION

La diathermo-coagulation trouve dans toutes les affections ano-rectales un de ses meilleurs champs d'applications.

Elle a pour but la destruction ou l'ablation des diverses néo-formations, du segment terminal du tube digestif : gros paquets hémorroïdaires, fissures, tumeurs villeuses, papillomes, adénomes, soit par l'aiguille diathermique, soit par la pince diathermique.

Le principe est de concentrer les courants produits en un point précis à l'aide d'une petite électrode active métallique placée au contact des tissus. Elle se pratique soit à l'aide d'aiguilles appropriées, soit à l'aide de l'anse ou serre-nœud diathermique. Elle peut être uni ou bipolaire.

Ces interventions ne sont pas douloureuses et en dehors des interventions pour hémorroïdes, fissures ou condylomes externes ne nécessitent pas d'anesthésie ; seules étant douloureuses les applications qui renferment du tissu cutané.

Le seul inconvénient de cette méthode est de produire une petite escarre qui, au moment de son élimination (7^e ou 10^e jour) peut être la cause d'une hémorragie plus ou moins importante. Une nouvelle diathermo-coagulation arrête d'ailleurs les hémorragies. Mais ces interventions présentent par contre le grand avantage de laisser une cicatrice souple, très peu rétractile et de donner dans le traitement de la plupart des néo-formations un résultat aussi durable que n'importe quel traitement chirurgical ; leurs indications n'étant limitées que par l'étendue ou le siège de la lésion.

Elle s'emploie avec ou sans anesthésie.

A) *Diathermo-coagulation avec anesthésie.*

La plus fréquente des applications de la petite chirurgie ano-rectale est sans contre-dit : les hémorroïdes. Pour ce qui est de celles-ci, cette méthode présente des indications précises et

ne saurait être envisagée comme pouvant se substituer aux injections sclérosantes. Elle en reste le complément indispensable.

La méthode d'injection sclérosante, qui donne des résultats si constants lorsqu'il s'agit d'une simple hémorroïde n'est pas suffisante notamment dans le traitement des volumineuses hémorroïdes prolabées qui pendant longtemps ont été considérées comme relevant du seul domaine de la Chirurgie.

Comme le dit Bordier « l'intervention chirurgicale en cas d'hémorroïdes procidentes comporte de graves inconvénients : l'anesthésie générale ou la rachianesthésie ; des suites opératoires longues et douloureuses, nécessitant une immobilité prolongée et entraînant parfois des inconvénients graves comme le rétrécissement du sphincter ou l'incontinence ».

La diathermo-coagulation qui est de plus en plus, à l'heure actuelle employée tant en France qu'à l'étranger, simplifie considérablement la technique et diminue les risques des suites opératoires de l'ablation chirurgicale des hémorroïdes.

Personnellement, devant tout cas d'hémorroïdes, nous mettons toujours en parallèle dans notre esprit le service de chirurgie de l'H. C. A. 328 sur lequel pendant les mois de la « drôle de guerre » une « pêche » savamment organisée dans les unités (il fallait bien pour les chirurgiens opérer tous les jours quelque chose) drainait tous les hommes en mal d'hémorroïdes, petites ou grosses, avec le service de gastro-entérologie de la XVI^{ème} Région de notre Maître, Monsieur le Professeur Baumel.

Anesthésiste de l'équipe chirurgicale de cette formation : chloroforme à la compresse ou au bonnet, pendant 2 mois, appareil de Ricard pendant 2 autres mois, enfin éther tant attendu mais si peu purifié que j'en arrivais presque à regretter le chloroforme ; j'ai eu chaque matin l'angoisse de l'instant de la dilatation.

Sans parler de la longue immobilisation des opérés et de leur première selle. Je n'aurais jamais soupçonné alors, un seul instant, qu'un jour dans le service de mon Maître, Monsieur le Professeur Baumel, je verrai ces mêmes hémorroïdaires, venir et repartir de la consultation après une séance de diathermo-coagulation, regagner seuls leur lit et se présenter presque sans douleur le lendemain à la garde-robe.

Sans nier systématiquement la valeur de l'acte chirurgical

qui garde dans un certain nombre de cas quelques droits à l'heure actuelle, l'emploi de la diathermo-coagulation ne devrait cesser de s'étendre. Monsieur le Professeur Baumel pratique dans son service depuis des années cette diathermo-coagulation.

Si R. Bensaude fait une distinction entre diathermo-coagulation sur place (destruction progressive des hémorroïdes en plusieurs séances sans anesthésie sauf pour les hémorroïdes en plusieurs séances sans anesthésie sauf pour les hémorroïdes bas situées) complément des injections sclérosantes et la diathermo-réaction ou ablation en un seul temps de paquets hémorroïdaires volumineux, nous pensons qu'il n'existe pas de frontières absolues entre ces deux méthodes que l'on peut être amené à associer chez un même malade.

Notre Maître, Monsieur le Professeur Baumel, applique suivant les cas l'un ou l'autre indistinctement, parfois les 2 à la fois.

Avant d'entrer dans la technique de la diathermo il nous semble utile de décrire sommairement la méthode d'anesthésie en petite chirurgie spéciale ano-rectale. Le point délicat de la diathermo-coagulation résidant pour la plus grande part dans cette anesthésie, car il est indispensable d'avoir un relâchement complet du sphincter, afin de pouvoir extérioriser les paquets hémorroïdaires et d'autre part qu'une bonne coagulation devant être pratiquée lentement, le passage du courant risque d'être extrêmement douloureux en cas d'anesthésie incomplète, sans omettre la fissure et son douloureux cortège.

Notre Maître, Monsieur le Professeur Baumel, associe toujours l'anesthésie épidurale à l'anesthésie sphinctérienne et dans les néoformations cutanées, l'anesthésie de la région périnéale.

1°) *Anesthésie épidurale.*

Nous ne reviendrons pas sur cette anesthésie qui est décrite couramment dans tous les traités. Monsieur le Professeur Baumel emploie une solution de scurocaïne à 4 %.

2°) *Anesthésie sphinctérienne.*

Monsieur le Professeur Baumel emploie une solution de scurocaïne à 1 %. On remplit une seringue de 5 cc. munie d'une aiguille longue de 5 à 6 cm. et très fine. Repérer le

bord supérieur de l'anus à 2 cm. au-dessus, dans le sillon ano-cocygien, injecter d'abord en éventail quelques gouttes sur la peau, puis profondément dans le sphincter, mais sans le traverser. Injecter ensuite de la même façon à gauche et à droite de l'anus, puis au bord inférieur.

Injecter très lentement avec la même aiguille laissée en place à chacun de ces points et au fur et à mesure qu'on la fait pénétrer dans le muscle, environ 5 cm³ de la solution.

Avoir soin d'introduire l'index muni d'un doigtier, dans l'anus et diriger la pointe de l'aiguille que l'on sent aisément à travers la muqueuse, ce qui évite ainsi de perforer la muqueuse et par là même l'écoulement du liquide dans la cavité rectale.

3°) *Anesthésie périnéale.*

Solution de scurocaïne à 1 %, injecter en éventail aux quatre points cardinaux N. S. E. O. en rejoignant les quatre points.

A. — *Diathermo-coagulation.*

Se fait à la diathermo monopolaire, c'est-à-dire une électrode active sous forme d'une simple aiguille non isolée, reliée par un seul fil à la borne d'un générateur à ondes amorties et utilisant la capacité électrique du malade.

Après une anesthésie épidurale et locale, le malade étant en position genu-pectorale on introduit l'anuscope à fond de course. On met alors en évidence l'hémorroïde à coaguler en retirant l'anuscope jusqu'à ce qu'apparaisse le bourrelet hémorroïdaire. Le paquet hémorroïdaire étant choisi, mettre le générateur en marche, coaguler pendant quelques secondes en surface en effleurant le paquet variqueux puis enfoncer progressivement l'aiguille de cinq millimètres environ jusqu'au blanchiment et l'affaissement de l'hémorroïde. Deux ou trois punctures du même paquet sont parfois nécessaires pour obtenir la coagulation complète.

La seule précaution indispensable est comme toujours dans toute intervention diathermique de ne jamais retirer l'aiguille après l'interruption du courant. On risque, en effet, ce faisant, d'entraîner le coagulum avec l'aiguille et de provoquer une hémorragie secondaire.

Appliquer un pansement au collargol et en dehors des pré-

cautions générales énoncées à propos de la diathermo-coagulation, le malade pourra reprendre sa vie normale.

Attendre en règle générale la cicatrisation complète de la plaie avant de procéder à une nouvelle électro-coagulation.

B. — *Diathermo-résection.*

Après une anesthésie épidurale et une anesthésie sphinctérienne, placer le malade dans la position genu-pectorale, introduire le restocope, retirer le mandrin et à travers le tube pratiquer avec l'aiguille diathermique la section du pédicule de l'hémorroïde prolabée.

Précautions au cours de la diathermo :

On ne doit pas craindre de détruire en une seule séance tous les paquets hémorroïdaires du pourtour anal, mais il est indispensable de laisser dans ce cas entre chaque zoone coagulée un pont de muqueuse intacte afin d'éviter un rétrécissement cicatriciel toujours à craindre au niveau de l'anus.

A vrai dire si il faut toujours penser à une pareille complication après l'ablation diathermique, il semble que ce ne soit là qu'une exception puisque le courant diathermique évite les cicatrices vicieuses. Dans la pratique hospitalière de Monsieur le Professeur Baumel nous n'avons jamais eu d'incident de ce genre.

Enfin il faut, et c'est là un point extrêmement important, pratiquer une coagulation lente avec une faible intensité et comme toujours retirer l'aiguille sans couper le courant.

Après la coagulation il reste une escarre plane, peu profonde de diamètre variable, gris blanchâtre, qui ne doit en aucun cas saigner. Le pansement consiste en une application de pommade au collargol que l'on renouvellera matin et soir jusqu'à la cicatrisation.

Faire prendre au malade, pendant les huit jours qui suivent l'intervention 300 gouttes de chloro calcium ou 6 grammes de chlorure de calcium par jour, avec des hémostatiques tels que arrhémapectine ou anthéma, afin de prévenir les hémorragies consécutives à la chute de l'escarre qui se produit du 7^e au 10^e jour.

Les suites opératoires.

Les suites opératoires sont très simples, après pansement

au collargol et mise en place d'un bandage en T, le malade regagnera son lit et restera couché.

On note parfois une légère réaction thermique le premier soir due à la résorption des produits toxiques gangrénés.

Les heures qui suivent l'intervention sont marquées parfois par une douleur locale assez intense ; l'aspirine par cachets ou comprimés de $\frac{1}{4}$ d'heure en $\frac{1}{4}$ d'heure, avec dose maxima 6 à 8 comprimés (3 à 4 gr.) amène la sédation de la douleur.

Dès le lendemain le malade peut se présenter à la garde-robe il faut même veiller à obtenir dès le lendemain de l'intervention une selle régulière. Pour ce faire prescrire :

Huile de ricin : une cuillerée à café aussi souvent que nécessaire. *Psyllium*. *Huile de paraffine*.

Les malades redoutant d'aller à la selle, se constipent parfois deux-mêmes ; pendant les 3 jours qui suivent l'intervention, prescrire $\frac{1}{2}$ heure avant la selle, aspirine 0 gr. 50, 1 comprimé et si nécessaire 1 comprimé après la selle.

Pratiquer un lavage au bock de la région anale, après chaque selle, avec eau bouillie : 1 litre dans laquelle on aura fait dissoudre 1 comprimé de Clonazone.

Pansement à la pommade au Collargol, Innotyol.

La cicatrisation de la plaie opératoire est lente et n'est jamais complète avant un mois environ. Par contre elle ne s'infecte jamais et on peut autoriser le lever dès le 2 ou 3^e jour et la reprise des occupations au 4^e ou 5^e, faisant de cette méthode une méthode nécessitant un minimum d'immobilisation.

OBSERVATION II

G... Pierre, 33 ans, adressé à la consultation de Gastro-Entérologie par Monsieur le Professeur Monnier, le 27/10/41.

Se plaint d'hémorroïdes depuis 10 ans avec émission de sang rouge après les selles survenant 1 à 2 fois par mois.

A l'examen volumineuse masse hémorroïdaire externe de la grosseur d'une petite orange avec prolapsus rectal. Ce malade souffrait habituellement d'hémorroïdes, s'extériorisant après chaque selle et que le malade rentrait avec son doigt.

Le 26/10/41 le prolapsus est resté irréductible. On décide

alors l'intervention. Le malade entre au service du Professeur Jeanbrau le 31/10/41.

Après une rachi-anesthésie de 1 cc. de scurocaïne à 4 % sans résultat, le malade extrêmement pusillanime, insiste pour une anesthésie générale au Balsoforme (apnée de courte durée). Intervention en 4 temps par diathermo-coagulation. Exérèse de 4 paquets hémorroïdaires de la grosseur de la phalange unguéale du pouce. Durée 20 minutes. Aucun incident. Pas d'hémorragie. Légère exsudation sero-sanguine.

Pansement au collargol. Bandage en T. Aspirine. Chlorure de calcium.

Le soir, pas de température. Pansement normal, pas d'hémorragie.

Le 1^{er} novembre :

11 h. Pas de miction : sondage.

17 h. Pansement souillé par exsudation. Lavage au Dakin. Nouveau pansement au Collargol. Température axillaire 38°8. A l'examen général, uniquement douleur locale. Aspirine 0 gr. 50.

Le 2 novembre :

9 h. Température axillaire 37°7. Douleurs locales. Aspirine. Huile de ricin, 1 cuillère à café.

Le 3 novembre :

Huile de ricin, pas de selles, pas de miction, nouveau sondage.

Le 5 novembre :

Miction normale.

Le 8 novembre :

Selle.

Le 10 novembre :

Chute des escarres. Une persiste, qui tombe le 13, la plus importante.

Sort le 14 novembre. Traitement prescrit : Mucyllium Bernard Garcin. Pansement au Collargol.

Revu le 6 décembre : disparition totale du prolapsus, léger retrécissement de la région anale à traiter par séances diathermiques.

Le 7 janvier 1942, séance de dilatation aux bourgies nos 14, 15, 16.

Le 10 janvier : nos 16, 17, 18.

Revu le 10 avril 1942 : guérison.

OBSERVATION III

M... Maurice, 22 ans, 1 m. 71, 66 kgs. 8 R. I. Entre le 11/2/42 au service de Gastro-Entérologie de la 16^e Région (Professeur Baumel). Il y a 3 jours en allant à la selle, le malade sent à l'orifice anal une masse grosse comme une noix. Il y a un an déjà le malade avait remarqué une petite masse grosse comme un haricot mais ne l'avait pas revue depuis. Pas de douleurs. N'a jamais eu d'hémorragie, en dehors du 10/2/42 où un peu de sang recouvrait la selle.

Rectoscopie : Hémorroïdes externes importantes, 3 paquets.

Le 13/2/42 diathermo-coagulation des 3 paquets, après anesthésie épidurale (scurocaïne à 4 %) et locale (scurocaïne à 1 %).

Le 20/3/43 la cicatrisation est presque complète. Sort en permission à titre de convalescence de 15 jours.

OBSERVATION IV

M... J. 404 D.C.A., 23 ans, 1 m. 70, 67 kgs.

Entre le 15/1/42 au service de Gastro-Entérologie de la 16^e Région (Pr. Baumel) pour pertes de sang en allant à la selle après les marches. A constaté depuis 15 jours dans la région anale deux à trois masses dont une grosse comme une noix, et deux autres plus petites. Hémorragie peu abondante qui ne s'est pas révélée plus d'une fois.

Rectoscopie : Hémorroïdes importantes de la région sphinctérienne avec prolapsus de la grosseur d'une noix.

Diathermo-coagulation le 14/2/42 du prolapsus rectal après anesthésie épidurale et locale.

Sort le 26/2/42 en voie de guérison. Permission de 20 jours à titre de convalescence.

OBSERVATION V

P... Henri, 40 ans, sous-chef de gare vient en consultation le 21/4/42 à la consultation de Gastro-Entérologie du Professeur Baumel, service de Monsieur le Professeur Giraud, pour hémorroïdes. Se plaint d'hémorroïdes depuis 10 ans, a eu en 1940 une série de cinq injections sclérosantes, réapparition des douleurs et poussées aiguës hémorroïdaires, avec procidence très importante.

La Rectoscopie pratiquée (Professeur Baumel) montre des hémorroïdes extrêmement importantes, dont une en poussée aiguë. A gauche sur le cadran : hémorroïde tumorale turgescente, volumineuse.

Le 28/4/42 après anesthésie épidurale et sphinctérienne, diathermo-coagulation des gros paquets hémorroïdaires et de l'hémorroïde tumorale, à la consultation de gastro-entérologie de Monsieur le Professeur Baumel. Après pansement au Collargol, le malade rentre chez lui par ses propres moyens où il reste 2 jours au repos. A très peu souffert. Selles normales. Reprend ses occupations le 4/5/42.

Revu le 5/5/42, l'escarre est tombée, la cicatrisation s'amorce.

Revu le 25/5/42 en voie de cicatrisation complète.

Revu le 5/10/42, cicatrisation parfaite ; ne présente plus de douleur, ni d'hémorroïdes. Guérison définitive.

OBSERVATION VI

Madame S..., 31 ans, 51 kgs, adressée par le Professeur Masabau, le 11/11/41 à la consultation de Gastro-Entérologie du Professeur Baumel (Service Professeur Giraud).

Se plaint de douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche, avec hémorragies anales sans rapport avec la défécation de sang rouge, sans caillot survenant souvent dans la position assise. Depuis 3 ans, hémorragies durant 10 à 15 jours avec périodes d'accalmie de 7 à 8 jours, sang coulant en petits filets. Depuis quelques mois hémorragies plus fréquentes s'accompagnant quelques jours avant de tension anale avec douleur hypogastrique cependant que se produit un écoulement blanchâtre. Depuis

quelques jours à plusieurs reprises et cela chaque jour écoulement de sang en jet.

Examen somatique négatif.

Il y a 3 mois appendicectomie. Il y a 1 mois cure radicale d'hémorroïdes par électro-coagulation.

Toucher rectal : sur la paroi rectale postérieure, à bout de doigt douleur vive à la pression forte avec léger ressaut muqueux postérieur. Masse comme un petit marron correspondant au point douloureux signalé.

Rectoscopie : gros paquet hémorroïdaire de VI à XI h.

Le 23/12/41 diathermo-coagulation de VI , XI h.

Le 31/12/41 chute de l'escarre, bon aspect, pas d'hémorragie.

Revue le 17/3/42, rectoscopie, muqueuse normale, plus d'hémorroïdes.

Proche parente en diathermo-coagulation des hémorroïdes, par la nécessité de l'anesthésie épидurale et sphinctérienne et par les suites de l'intervention :

La Fissure Anale.

La fissure anale, petite ulcération d'aspect linéaire, avec petite perte de substance cutanée-muqueuse, la lésion la plus petite de la région anale, mais la plus douloureuse, se caractérise essentiellement au point de vue clinique par cette vive douleur parfois atroce, conséquence de la contraction sphinctérienne.

L'horaire de cette douleur est typique. Le début se fait au moment du passage du bol fécal, c'est une sensation de brûlure qui s'atténue au bout de quelques instants pour réapparaître après un intervalle libre et qui dure de quelques minutes à une demi-heure, parfois toute la journée, s'atténuant progressivement et réapparaissant à la défécation suivante ; d'intensité variable, telle parfois qu'elle peut nécessiter une injection de morphine ou une intervention d'urgence.

Devant un malade (il s'agit presque toujours en pareils cas d'hommes) présentant à un degré d'intensité plus ou moins marqué de tels symptômes, il importe tout d'abord de procéder à un examen local.

Le malade étant en position genu-pectorale, chercher si en écartant avec les pouces les deux fesses, on aperçoit la portion externe cutanée de la fissure. On peut alors se trouver en présence d'une petite érosion à bords et à point terminal avec une légère perte de substance plus ou moins rosée : c'est le point de départ de la fissure.

Cet examen étant souvent négatif on peut alors :

soit, après une anesthésie du canal rectal au tampon cocaïné de quelques minutes, mettre en place l'anuscope en verre, qui permettra de voir une petite ulcération plus ou moins profonde, de quelques millimètres de long et de large.

soit, rechercher avec l'anuscope ordinaire muni d'un bon éclairage, en prenant garde qu'elle ne soit pas masquée par un

« condylome sentinelle » la fissure et la situer sur le cadran. Dans 98 % des cas environ, elle se situe entre XI heures et I heure.

Le toucher rectal, qui permettrait de sentir la surélévation de ses bords et l'ulcération plus ou moins profonde qui la marque, sera évité en raison de la douleur qu'il provoque.

La fissure étant repérée, quelle conduite tenir ?

L'emploi des pommades ou solutions en applications locales, excepté dans le cas de fissures anales chez l'enfant, ne donne absolument aucun résultat pouvant même être nocives ; NO³AG exacerbant la douleur.

De résultats incertains, nous semblent les méthodes d'injections péri-fissuraires, de solutions huileuses anesthésiantes (R. Bensaude) et également d'injections sous fissuraires en éventail de quinine urée (S. Rachet).

Quant à l'intervention chirurgicale, dont les indications ont été depuis fort longtemps précisées, bien qu'elle soit une intervention insignifiante, elle nécessite toujours une anesthésie et une anesthésie profonde. Aussi rares que soient les inconvénients de l'anesthésie et ses complications, on ne peut les nier.

En outre, le principal inconvénient de la dilatation est l'immobilité forcée du sujet pendant plusieurs jours.

D'autre part bien des malades redoutent l'anesthésie et l'intervention chirurgicale. Quelle meilleure méthode donc qu'une méthode qui leur évite cette peur et leur permet de vaquer à leurs occupations : la diathermo-coagulation.

Notre Maître, Monsieur le Professeur Baumel l'emploie toujours dans sa clientèle privée et dans ses services hospitaliers où nous lui en avons vu pratiquer depuis trois ans plus d'une centaine dans ses services et nous n'avons jamais eu constater un échec même partiel. Il nous semble donc que cette méthode essentiellement ambulatoire devrait remplacer systématiquement la méthode chirurgicale, celle-ci étant réservée aux cas exceptionnels où par exemple une fistule profonde complique la fissure, cas où il faudrait alors employer la dilatation avec excision triangulaire et non plus la dilatation simple.

Technique.

Cette intervention peut se pratiquer au cabinet du médecin. Après anesthésie épidurale, anesthésie sphinctérienne et péri-

néale s'il y a lieu, le malade étant placé en position genu-pectorale, introduire l'anuscopie, retirer le mandrin, repérer la fissure, avec une aiguille, pratiquer la diathermo-coagulation sur tout le trajet de la fissure, dans le fond de la vallée où elle est située. Sur les bords, faire sauter s'il en existe : condylomes ou hémorroïdes.

Veiller à ce que rien ne saigne, retirer l'aiguille sans couper le courant ; l'emplacement de la fissure, une fois la diathermo-coagulation pratiquée, doit présenter un aspect nécrotique, noir, sec. Mettre un pansement avec pommade au collargol, bandage en T et le malade peut rentrer chez lui.

OBSERVATION VII

R... A., 20 ans, chantier de jeunesse.

Entre le 24/7/42 au service de Gastro-Entérologie de la 16^e D. M., salles militaires, St-Eloi, Professeur Baumel, pour douleurs extrêmement vives à l'anus au moment de la défécation, persistant pendant 4 à 5 heures après, depuis 3 mois.

Une selle par jour normale, mais depuis cette douleur le malade tend à se constiper pour éviter la douleur.

Spasme du sphincter anal à la toux et à l'éternuement avec douleurs vives.

La rectoscopie le 25/7/42 montre une fissure anale à XII h.

Diathermo-coagulation le 4/8/42 après anesthésie épidurale et sphinctérienne.

Le 14/9/42 la cicatrisation est complète et le malade sort guéri.

OBSERVATION VIII

C... J., 44 ans, gendarme, 74 kgs, 1 m. 72, entre au service de gastro-entérologie de la 16^e D. M. Salles militaires, St-Eloi, Professeur Baumel le 27/1/43.

Il y a 8 jours en allant à la selle (légèrement constipé) sensation de déchirement, qui s'est renouvelée depuis à chaque selle et dure environ 1/2 heure. Pas d'hémorragie.

La rectoscopie, le 28/1/43 montre une fissure anale à XII h.

Diathermo-coagulation le 2/2/43 après anesthésie épidurale et sphinctérienne.

Le 10/2/43, en voie de cicatrisation, sort en permission de 10 jours à titre de convalescence.

Revu le 12/3/43 est guéri.

OBSERVATION IX

B... Jean, 30 ans, 63 kgs, 1 m. 63.

Consultation de gastro-entérologie de Monsieur le Professeur Baumel, Service de Monsieur le Professeur Giraud.

Se plaint de sensation de picoteent avec brûlure une heure après les selles, durée 2 heures, avec prurit intense depuis 2 mois. Une selle par jour normale.

La rectoscopie montre une fissure anale à XII h.

Intervention le 23/3/43.

Anuscopie le 14/4/42. Aucune trace ni de la fissure, ni de l'intervention.

Egalement justiciables de la diathermo-coagulation, l'aiguille diathermique dans ces cas servant de bistouri électrique, sont les néoformations cutanées : papillomes, condylomes, hémorroïdes procidentes, procidentes muqueuses (prolapsus rectal).

La technique en sera la même : anesthésie épidurale, sphinctérienne, et *l'anesthésie de la peau de la région périnéale* seront pratiquées. Cette anesthésie se pratique par des injections de scurocaïne à 1 % aux 4 points cardinaux à 4 ou 5 centimètres l'un de l'autre, puis injections en éventail à ces 4 points, en tissu cellulaire sous-cutané.

Deux points de technique seulement :

— le saignement : en cas de saignement continuer la diathermo-coagulation qui est le seul traitement des hémorragies.

— laisser toujours un pont de muqueuse saine entre 2 points soumis à la diathermo-coagulation.

Par contre nous déconseillerons la diathermo-coagulation sur les fistules anales à orifice double, relevant du domaine de la chirurgie. Ouvrir à l'aiguille diathermique, en veillant soigneusement à ne pas sectionner le sphincter.

Les fistules longues, après anesthésie, peuvent à la rigueur être ouverte au bistouri électrique sur sonde cannelée.

OBSERVATION X

G... Paul, 63 ans, vient à la consultation de gastro-entérologie de Monsieur le Professeur Baumel, service de Monsieur le Professeur Giraud, le 20 mars 1943.

Se plaint depuis un an de pertes de sang par l'anus, rouge recouvrant les selles, surtout après les périodes de constipation.

Normalement une selle par jour. Amaigrissement de 25 kgs en 3 ans.

Examen : douleur fosse iliaque droite.

Rectoscopie le 24 mars. Hémorroïdes importantes sous sphinctérienne dont une à forme tumorale pédiculée à V H.

Condylomes à X et 11 h.

Intervention le 7 avril après anesthésie épidurale à 4 %, locale sphinctérienne à 1 %.

Ablation des condylomes X et 11 h. Diathermo-coagulation de l'hémorroïde tumorale. Le malade rentre chez lui.

Le 14 avril en voie de cicatrisation.

Le 5 mai 1943, guérison complète.

OBSERVATION XI

C... Elie, 57 ans. Vient à la consultation de gastro-entérologie de Monsieur le Professeur Baumel, service de Monsieur le Professeur Giraud, le 7 mars 1941.

Douleur coccygienne par périodes depuis 2 à 3 ans. Pas de douleur abdominale, 2 selles par jour, selles normales, ni glaires, ni peau, ni sang. Adressé par le Docteur B. qui aurait constaté au toucher rectal une petite masse polypoïde paraissant d'origine hémorroïdaire.

La Rectoscopie pratiquée montre la présence d'un condylome sous sphinctérien à IX h. On est chassé par un spasme violent. On remet le rectoscope et on voit que la muqueuse saigne facilement en nappe sans qu'il y ait cependant d'ulcération spontanée, ni d'hémorroïdes.

Le 12/3/41, ablation du condylome à la diathermo-coagulation après anesthésie épidurale et sphinctérienne.

Le 10/4/41, guérison.

OBSERVATION XII

K... Louis, 23 ans, 8^e R. I. entre le 1/10/42 au service de gastro-entérologie de la 16^e Région, Professeur Baumel, pour douleurs au moment de la défécation, accompagnées de perte de sang après les selles. Douleurs anales à la marche depuis 3 mois.

La Rectoscopie pratiquée le 4/10/42 montre un polype à 2 travers de doigt au-dessus du sphincter et de nombreux condylomes autour de l'anus. Hémorroïdes internes.

Le 6/10/42 après anesthésie épidurale et sphinctérienne, ablation du polype à la diathermo-coagulation.

La cicatrisation est complète le 9/11/42.

Le 10/11/42 et le 16/11/42 injections sclérosantes des hémorroïdes internes (III h. et IX h.).

Le 21/11/42 après anesthésie épidurale et locale à la scuro-caïne à 1 % en bague autour de l'anus. Ablation du gros condylome à l'aiguille diathermique ainsi que des autres plus petits.

Sort le 4/1/43 guéri.

OBSERVATION XIII

D... Maurice, 20 ans, 15^e R. A., 1 m. 68, 59 kgs entre dans le service de gastro-entérologie de la 16^{eme} D. M., cliniques St-Eloi, le 22/6/42 pour amaigrissement de 3 kgs en un an, douleurs et hémorragies anales.

Une rectoscopie pratiquée le 23/6/43 montre deux condylomes à XI et XII h. avec une petite fissure également à XII h.

Le 27/6/42 après anesthésie épidurale et sphinctérienne diathermo coagulation de la fissure et ablation des condylomes.

Sort le 14/7/42 guéri.

OBSERVATION XIV

Capitaine D... Jean, 39 ans, E. M. 16^{eme} D. M., 1 m. 75, 63 kgs, entre le 6/11/42 service de gastro-entérologie de la 16^{eme} D. M. ; salle Pétain A, Cliniques St-Eloi, pour alternatives de diarrhée et constipation chez un ancien amibien, avec émission par l'anus de sang rouge au début des selles depuis 1 mois.

Une rectoscopie pratiquée le 7/11/42 montre une muqueuse légèrement vernissée, quelques hémorroïdes à droite et deux gros polypes à V h. et VII h.

Le 8/11/42 après anesthésie épidurale et sphinctérienne, diathermo-coagulation des polypes.

Le 26/11/42, la cicatrisation est parfaite et du 28/11/42 au 6/1/43 les hémorroïdes sont traitées par cinq injections sclérosantes.

Sort le 10/1/43 après guérison.

OBSERVATION XV

L... Pierre, 54 ans, infirmier à Font-d'Aurelle, vient le 6/1/43 à la consultation de gastro-entérologie du Professeur Baumel, service de Monsieur le Professeur Giraud, pour hémorroïdes ayant débuté en 1937 par des hémorragies anales de sang rouge arrosant les selles et procédant par crises périodiques de 2 à 3 jours, tous les 5 à 6 mois. Depuis fin novembre 42, tous les jours hémorragie à chaque selle jusqu'au début janvier 43 de 1/2 verre de sang environ. Amaigrissement important.

Rectoscopie : jusqu'à 25 cm. muqueuse tout à fait normale, le cathétérisme rétrograde montre 1 paquet de formations papillomateuses et des hémorroïdes importantes s'étendant de X à VI h.

Biopsie : le prélèvement a porté à la limite de la zone ano-rectale. L'Epithélium malphigien et cylindrique que l'on observe dans les coupes sont le siège d'un certain degré d'hyperplasie, mais sans signe de prolifération cellulaire maligne. Le chorion conjonctivo-vasculaire est infiltré d'éléments lympho-histiocytaires qui témoignent d'un processus inflammatoire chronique sans caractère spécifique. Après anesthésie épidurale, intrasphinctérienne le 13/1/43. Diathermo-coagulation de la rectite hypertrophique et des papilloomes entre VI et X h. Diathermo-coagulation d'une hémorroïde à 1 H. Pansement au Collargol, chlore calcium, 300 gouttes pendant 10 jours. Aspirine. Revu 8 jours après, pas d'hémorragie.

Le 20/1/43 il présente un bourrelet anal externe d'œdème.

Le 30/1/43 cicatrisation complète, mais il persiste un bourrelet oedémateux anal externe.

Revu le 3/3/43, il persiste un bourrelet anal externe où l'œdème a fait place à un tissu dur.

Le 13 mars nouvelle intervention par diathermo-coagulation après anesthésie épidurale et sphinctérienne, ablation du bourrelet.

Le 24 mars, en voie de cicatrisation.

Revu le 26 avril 1943, cicatrisation complète, l'orifice anal est normal.

Beaucoup plus rares sont la polypose rectocolique, le polype solitaire et les tumeurs villeuses du rectum ; autre domaine de la chirurgie spéciale ano-rectale.

La polypose rectocolique, appelée aussi du nom plus général de polypose intestinale, bien que d'une manière habituelle les polypes intestinaux soient situés sur le cadre recto-colique est une affection due à la présence dans le gros intestin et surtout dans le rectum de tumeurs multiples, bénignes, pédiculées ou sessiles faisant saillie dans la lumière de cet organe ; que ce soient de petites tumeurs pédiculées, grosses comme un pois le plus souvent, de petites tumeurs sessiles faisant corps avec la paroi et qui saignent ; que ce soient parfois un seul polype pouvant atteindre le volume d'un marron ; le syndrome dysentérique, les hémorragies, l'état anémique, parfois même cachectique du malade nous permettent d'en porter le diagnostic.

Le symptôme dominant : évacuation dysentérique de selles plus ou moins liquides, mousseuses et fétides, peu abondantes, véritables « crachats rectaux » s'accompagnant d'épreintes, de tenesme, et faux besoins et de sang peut précéder les selles, mais le plus souvent il est associé à l'émission des matières.

Enfin l'abondance des hémorragies conditionne l'état général du malade et l'intensité de l'anémie qui peut être extrême.

Le toucher rectal permet de sentir dans le rectum des tumeurs isolées de consistance ferme ou de nombreuses petites masses en grappe obstruant l'ampoule rectale.

Mais c'est une fois de plus à la rectoscopie que nous demanderons par le contrôle de la vue la précision du diagnostic nous montrant les tumeurs isolées ou groupées en grappes rouges sombres, ou disséminées sans ordre.

La biopsie complétée par la radiographie (Pr. Baumel) confirmera encore le diagnostic, si nécessaire.

Abandonnée à elle-même, cette affection évolue vers la mort pas poussées en un temps variable, les malades en arrivant à un état cachectique extrême, avec anémie plus ou moins intense, à moins que (environ 50 % des cas) ne se produise une dégé-

nérescence maligne qui ne domine pratiquement le pronostic de la polypose.

La thérapeutique se guidera sur la localisation de la polypose : polypose rectocolique diffuse et polypose localisée.

Si le traitement de la polypose diffuse est extrêmement aléatoire (radiothérapie et radiumthérapie) il n'en est pas de même du traitement de la polypose localisée où les résultats parfaits de la diathermo-coagulation sont de règle.

Technique.

Le malade étant en position genu-pectorale, sans anesthésie, on met en place le rectoscope en essayant de dépasser la zone polypeuse.

A l'aide de la pince diathermique type Marchand, coaguler à courant modéré les polypes de haut en bas, c'est-à-dire en se dirigeant vers le rectum, l'un après l'autre. On voit le pédicule du polype blanchir et se coaguler au moment où le polype éclate, cesser la coagulation sans arrêter le courant.

Avantages :

Aucun risque de récurrence, d'hémorragies secondaires ou d'infection. Pas de pansement.

La cicatrisation qui dure une quinzaine de jours ne laisse aucune trace.

Inconvénients :

1^o) la longueur de la séance (en rapport avec le nombre de polypes) étant donné la position du sujet.

2^o) nécessité de pratiquer plusieurs séances de huit jours en huit jours. Mais il importe de souligner de plus en plus l'avantage de ce traitement essentiellement ambulatoire.

OBSERVATION XVI

T... Antonio, vient à la consultation de gastro-entérologie de Monsieur le Professeur Baumel, service de Monsieur le Professeur Giraud, en mai 1942 pour diarrhée importante avec hémorragie de sang rouge. Le 13 juin même épisode, ainsi que le 17 juin, 2 heures après les repas.

Toucher rectal : au niveau de la paroi antérieure à 8 cm.

environ de l'orifice anal, on sent des masses molles, indolores ; le doigtier est recouvert d'un peu de sang.

Rectoscopie : montre sur la face antérieure du rectum à 6 ou 7 cm. de l'anus, un certain nombre de polypes agglomérés. On conseille l'intervention par diathermo-coagulation qui peut être réalisée à la consultation.

Une biopsie est pratiquée. L'examen histologique des fragments envoyés montre que l'on a affaire à un exsudat hémofibrino-leucocytaire, sans signe de prolifération cellulaire maligne. Ce sont seulement des lésions de rectite aiguë.

Intervention le 23 juin sans anesthésie, diathermo-coagulation de tous les polypes. Le malade rentre chez lui, est revu trois semaines après, la cicatrisation est complète.

Tumeurs villeuses.

Néoformations purement muqueuses, recouvertes par un fin chevelu de villosités graciles, tel est l'aspect sous lequel les tumeurs villeuses peuvent se présenter au rectoscope, mais souvent la sécrétion glaireuse dont elles sont l'origine leur donne la forme d'un amas gélatineux lisse, mobile et mou.

C'est cet écoulement muco-glaireux, produit de sécrétions de ces tumeurs qui constitue avec les hémorragies les symptômes fonctionnels les plus caractéristiques. Ces symptômes peuvent durer des années sans qu'apparaisse la moindre altération de l'état général. Cependant la dégénérescence cancéreuse se développe, la tumeur se fixe, des métastases ganglionnaires apparaissent, l'évolution devient celle d'un néoplasme.

Avant d'en arriver à ce stade, l'examen endoscopique, la biopsie ont permis par leurs caractères si particuliers d'en faire le diagnostic et d'appliquer la thérapeutique qui apparaît être la thérapeutique de choix : celle de notre Maître, Monsieur le Professeur Baumel, la diathermo-coagulation.

Technique.

Le malade étant en position genu-pectorale, sans anesthésie le rectoscope en place ; à l'aide de la pince diathermique, type Marchand, pratiquer l'électro-coagulation de la tumeur in situ, en plusieurs séances. On n'observe aucun accident, à condition d'employer un courant d'intensité modérée.

Il est essentiel pour le succès de la cure de détruire systé-

matiquement toute la masse villeuse en y employant autant de séances qu'il est nécessaire sans omettre la zone d'implantation du pédicule, même saine en apparence et les petites villosités végétantes de la périphérie.

L'acte opératoire ne doit pas être conduit au hasard.

La coagulation doit être conduite en quelque sorte plan par plan, segment par segment de façon que toutes les villosités soient sûrement coagulées. Il nous semble que les insuccès thérapeutiques signalés dans le traitement par la diathermo-coagulation des tumeurs villeuses du rectum, à l'encontre des bons résultats obtenus par la même méthode dans les tumeurs villeuses de la vessie tient à ce que toutes les règles de la technique que nous précisons n'ont pas été strictement observées (Professeur Baumel).

L'observation ci-dessous due à l'obligeance de notre Maître, Monsieur le Professeur Baumel, se passe de tout commentaire.

OBSERVATION XVII

P. R..., 59 ans, ecclésiastique, vient pour la première fois en consultation le 15 octobre 1941, accusant deux à trois selles par jour, quelquefois liquides avec glaires et sang. Ce sang est rouge, émis en partie avant, en partie après les selles qui en sont enrobées. Amaigrissement de 12 kgs en un an, qu'il attribue aux restrictions alimentaires et à un surcroît de travail ; ni troubles gastriques, ni troubles intestinaux. Examen somatique normal.

Le toucher rectal montre dans la partie haute de l'ampoule rectale une tumeur bourgeonnante en chou-fleur, non pédiculée, du volume d'une mandarine, elle est de consistance molle, tant à la surface des bourgeons néo-plasiques qu'à leur base d'implantation sur le rectum. Il n'y a pas de cartonnage des parois. La tumeur est développée sur la face antéro-latérale droite de la lumière rectale entre 5 heures et 6 heures (position genu-pectorale). Tout autour d'elle et au-dessous jusqu'à l'anus, la muqueuse est normale au toucher. Le doigt ramène des pertes sales, glaireuses, mélangées de sang rouge, mais non fétides.

Une radiographie par lavement opaque montre un remplissage normal du rectum et du colon sigmoïde. Sur le vu de la tumeur

au rectoscope, le radiographe porte le diagnostic de cancer du rectum. Une biopsie est pratiquée. L'examen du fragment (DR Guibert) n'infirme ni ne confirme le diagnostic. Devant l'ambiguïté de cette analyse anatomo-pathologique jointe à l'absence de fétidité des pertes anales et à l'absence de cartonnage des parois rectales notamment au point d'insertion de la tumeur, un examen plus approfondi et une nouvelle biopsie sont jugés nécessaires.

Le malade est alors confié à Monsieur le Professeur Baumel qui porte aussitôt par le simple aspect rectoscopique le diagnostic de tumeur villeuse du rectum.

Rectoscopie.

Le tube rectoscopique pénètre facilement dans le rectum. On le fait pénétrer sous le contrôle de la vue jusqu'à 8 cm. de l'anus où entre 3 h. et 6 h. sur la face antérieure droite (position genu-pectorale), on voit une masse d'aspect vilieux relativement mobile, le volume d'une mandarine. Cette masse est molle et saigne au contact. Une traction exercée sur elle avec une pince montre qu'elle est sessile, si non à pédicule très court et large et ne peut être extériorisée.

Le rectoscope franchit la zone tumorale et pénètre jusqu'à 23 cm. de l'anus. La muqueuse tout autour de la tumeur, au-dessus et au-dessous d'elle est tout à fait normale. Pas d'hémorroïdes importantes dans la zone sous-sphinctérienne.

Une biopsie faite au laboratoire d'anatomie-pathologique par le Professeur Baumel et le Docteur Guibert conclut sur un premier fragment :

« En résumé malgré la diminution marquée de la fonction mucipare, la présence de végétation indo-caniculaire, les faits histologiques plaident en faveur de la tumeur villeuse bénigne. »

Le deuxième fragment biopsé de la même tumeur montre :

« Les lésions typiques de la tumeur villeuse bénigne, plus nettement que précédemment on y voit un revêtement épithélial partout très régulier en surface, aussi bien qu'en profondeur, avec les cellules presque uniquement calciformes à mucus. Le troma conjonctivo-vasculaire des villosités aussi bien que les espaces intervillex ne présentent aucun signe d'invasion épithéliale. En résumé tumeur villeuse caractérisée

« par une hyperplasie végétante de l'épithélium intestinal sans
« trace histologique de transformation cellulaire maligne.

« Le stroma situé entre les végétations est indemne de toute
« infiltration néoplasique. »

Le traitement par diathermo-coagulation est alors institué. Vu l'importance de la tumeur (volume d'une mandarine) deux à trois séances paraissent nécessaires.

Le 24 octobre 1941, après anesthésie locale intra-sphinctérienne et dilatation de l'anus, vains essais d'extériorisation de la tumeur. A travers le tube rectoscopique, on pratique alors avec une pince type Marchand une diathermo-coagulation qui permet de détruire la plus grande partie de la masse tumorale. L'opération à peu près indolore est suivie d'une légère réaction thermique à 38°5.

Trois jours plus tard le malade quitte la clinique.

Le 6 novembre 1941 une rectoscopie montre que toutes les escarres ont été éliminées et que le volume de la tumeur a diminué de moitié.

Nouvelle coagulation sans anesthésie en position genu-pectorale.

Réaction fébrile à 39° Trois jours après, le malade reprend son activité.

Le 21 et 22 novembre 1941, deux nouvelles séances de diathermo-coagulation sont pratiquées. A chaque séance la tumeur apparaît nettement diminuée de volume. Disparition des signes cliniques mais persistance de quelques bourgeons.

Le 16 janvier 1942, nouvelle rectoscopie, montre 2 à 3 petits bourgeons du volume d'une lentille.

En mars 1942, ces bourgeons se sont à nouveau développés et une nouvelle et importante séance de diathermo-coagulation est nécessaire.

Trois semaines plus tard au rectoscope plus de tumeur ; présence d'une petite ulcération superficielle de la surface de l'ongle de l'auriculaire.

Le 20 avril, les bourgeons tumoraux ont réapparu au nombre de 4 à 5, du volume d'un grain de chenevis. Ils sont implantés sur une paroi rectale ulcérée et cartonnée.

Le 25 avril 1942, de passage à Paris, le malade consulte, à la suite d'une hémorragie intestinale d'ordre hémorroïdaire,

trois grand spécialistes : médecin, entérologue et chirurgien. Tous trois sont formels sur le diagnostic de cancer du rectum.

Voici ce qu'ils écrivent :

« A 8 cm. sur la face antéro droite entre 3 et 6 h. (position genu pectorale) nous constatons à l'endoscopie l'existence d'une plage ovalaire de 20 mm. sur 15 mm. à cheval sur la valvule, dont la surface un peu irrégulière, rappelant le maroquin écrasé saigne facilement au moindre contact.

Cette plage érodée est infiltrée, sous la pression du rectoscope elle s'incurve et repousse la muqueuse qui la borde. Un léger soulèvement périphérique commence à en limiter les contours. Au toucher elle correspond à une infiltration parcheminée, en carte de visite. Cette lésion représenterait le reliquat d'une tumeur villeuse détruite par étincelage et le problème à résoudre consisterait à déterminer s'il s'agit là d'une cicatrisation fragile mais bénigne ou d'un processus épithéliomateux encore en évolution.

Le caractère de la lésion (infiltration, induration, hémorragie facile) par ailleurs l'expérience que nous avons de cas analogues abandonnés à leur évolution propre nous engagent à envisager la seconde hypothèse.

Dans ces conditions nous conseillons, sans tarder, l'intervention chirurgicale sous forme d'une résection circulaire que l'étendue modérée de la lésion permettra de limiter et faire suivre d'abaissement. »

Devant cette décision brutale et inattendue, le malade fait un pèlerinage à Lisieux et rentre à Montpellier.

Monsieur le Professeur Baumel le revoit le 1^{er} mai 1942. En dehors de pertes sanglantes par l'anús présentées les 2 ou 3 jours qui suivent les examens prolongés des spécialistes parisiens, il n'a plus à cette date de troubles ano-rectaux. La rectoscopie montre l'absence totale de bourgeons. Il reste seulement une petite ulcération superficielle au siège de l'ancienne tumeur.

Une biopsie pratiquée sur cette zone donne le résultat suivant :

« Certains fragments comportent des lambeaux de muqueuse rectale sans anomalie notable. D'autres sont constitués par un tissu inflammatoire d'aspect granulomateux au niveau duquel les polynucléaires plus ou moins altérés dominant. Il n'y a aucune trace de prolifération cellulaire maligne. Il semble bien

que l'on ait affaire à des lésions de rectite aigue en voie de suppuration, sans signes histologiques d'inflammation spécifique. »

Le 17 juillet 1942, pour lui montrer les résultats obtenus, P. R. revenu à Paris consulte à nouveau le médecin entérologue qui, après un nouvel examen, écrit à Monsieur le Professeur Baumel :

« A l'endroit des lésions précédemment constatées, la muqueuse apparaît cicatricielle et atrophique, beaucoup plus résistante au contact sur la lèvre de la valvule à 8 cm. exactement et vers 7 h. (position genu-pectorale), trois végétations très fines du volume d'une tête d'épingles, chacune est visible, également peu hémorragique au contact.

« S'agit-il d'un reliquat fibreux du pied de la tumeur ou d'une réviviscence récente ?

« De toute façon la lésion ne comporte pas actuellement de sanction chirurgicale. Elle doit être soumise à des examens de surveillance régulière, notamment au niveau du quadrant inférieur droit et l'on observera particulièrement l'évolution de fines proliférations actuellement constatées. »

Quelques jours plus tard, fin juillet 1942, au toucher comme au rectoscope la muqueuse rectale apparaît indemne de lésions. On n'y trouve même plus trace de cicatrice. Le malade était guéri. Cette guérison fut confirmée par une dernière rectoscopie le 2 décembre 1942. Elle se maintient toujours.

Et le 8 janvier 1943, le médecin entérologue répondant au malade qui venait de lui annoncer par lettre sa guérison écrivait ceci :

« C'est la première fois que pour des lésions identiques, j'observe une semblable cicatrisation. »

De toutes les affections ano-rectales, seuls les néoplasmes du rectum et encore parfois peut-on essayer, ne sont pas justiciables de la diathermo-coagulation.

OBSERVATION XVIII

L... Lucie, 72 ans, 49 kgs. T. A. 20-11.

Vient consulter en décembre 1942 pour douleurs lombaires et dans les fosses iliaques et d'écoulements sanglants par l'anus depuis 3 mois. Le début s'est fait par une hémorragie anale de la valeur d'un verre, depuis légères pertes de sang rouge séparées par des intervalles de 4 à 5 jours.

Ballonnements, crampes au creux épigastrique, 1/heure après les principaux repas. Pas de vomissement, mais des nausées. Douleurs intestinales à type de torsion dans les 2 fosses iliaques et la région ombilicale, surtout lorsque la malade va à la selle, durant 10 minutes environ, irrégulières. 3 à 4 selles par jour, peu abondantes avec sang rouge. Rares douleurs sourdes de la région anale au début à la selle. Palpitations, dyspnée d'effort.

Rectoscopie. — Le tube pénètre facilement dans la cavité rectale. On le fait progresser jusqu'à 3 ou 4 cm. de l'anus sous le contrôle de la vue où on tombe sur une masse bourgeonnante occupant la face antérieure, la face droite et la face gauche du rectum. La face postérieure est relativement libre. Cette masse est formée de plusieurs bourgeonnements remontant à 3 ou 4 cm. dans la cavité rectale. D'ailleurs un toucher rectal pratiqué avant avait permis de sentir un cartonnage des parois rectales avec des néoformations, bourgeonnantes de volume anormal. Un cathétérisme rétrograde ne permet pas de faire d'autres constatations.

Biopsie. — Epithélioma cylindrique pseudo-glandulaire très infiltrant, formation cancéreuse essaimant largement à la sous-muqueuse.

Aucun traitement doathermo-coagulation n'est possible.

Mais avant de conclure, nous ne saurions oublier de mentionner, au titre de la petite chirurgie ano-rectale, que dans les rétrécissements cicatriciels et inflammatoires du rectum, la dilatation diathermique demeure la base du traitement local : elle recule l'échéance des sténoses serrées, assouplit les rectites dans les rétrécissements inflammatoires et donne aux thérapeutiques anti-infectieuses générales le temps qui leur est nécessaire pour agir.

Ce doit être une méthode de douceur : on dilate avec des bougies de Hégar et on fait passer un courant diathermique qui agit à la fois électriquement et caloriquement. Courant très faible, 0 ampère 04 à 0 ampère 1 au plus. Dilater progressivement avec les bougies, diamètre 10 à 25 par séance de 1/heure tous les 2 jours. 8 à 10 séances en tout.

CONCLUSION

En pathologie ano-rectale, en dehors du néoplasme, presque tout relève du domaine de la chirurgie spéciale. Nous ne saurions donc définir la limite des possibilités de cette petite chirurgie, tant par la variation que par la simplicité des techniques employées depuis les injections sclérosantes jusqu'à la diathermo-coagulation.

Il n'est pas nécessaire d'insister également sur le progrès considérable que constitue cette petite chirurgie sur la Thérapeutique chirurgicale ; rappelons-en les deux principaux avantages :

- aucun danger.
- aucune complication.

Ce sont donc des méthodes ambulatoires qui méritent mieux que d'être connues et mises à la portée de tout praticien par la simplicité de l'instrumentation, de la technique et des suites opératoires.

Ce sont enfin des techniques que tout praticien peut pratiquer soit chez lui, à son cabinet ; soit à la clinique avec un minimum d'immobilisation ; mais il restera du sens clinique de chacun de savoir bien discerner dans chaque cas d'espèce la méthode de petite chirurgie à employer.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUMEL J. — Pratique Gastro-Entérologique. Doin 1942.
- BAUMEL J. et SERRE. — Considérations à propos de 7 cas de Polypose intestinale. Soc. de Gastro-Entérologie du littoral méditerranéen. Séance du 13/6/1937, Montpellier. In *Marseille Médical*, n° 22-23. 5 et 15 août 1937.
- BAUMEL J. et SERRE. — La Polypose intestinale. *Archives hospitalières*. Juin 1941.
- BAUMEL J. et SERRE. — Tumeurs villeuses du Rectum. Etude anatomo-clinique et thérapeutique. In *Archives maladies appareil digestif*, 1942.
- BENSAUDE R. — Maladies de l'Intestin. Tome III. Masson et Cie Editeurs 1939.
- BENSAUDE R. — Le traitement de la fissure anale par les injections périfissuraires. *Presse médicale*, n° 85. 23 octobre 1935, page 1659.
- BENSAUDE et CAIN. — Biopsie ano-rectale. In *Maladies de l'Intestin* (Bensaude R.) Tome I, P. 31. Masson Editeurs.
- BENSAUDE R. — Traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes de Chlorhydrate double de quinine et urée. *Bulletin et Mémoires de la Sté Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1923. 3^{ème} Série — XLVII. Pages 686-693.
- BENSAUDE R. — L'endoscopie rectocolique. Restoscopie Sigmoïdoscopie. Doin Ed.
- BERTRAND A. — Les tumeurs villeuses du Rectum, Montpellier 1942.
- BOUSCHON M. — A propos de 13 cas de Polypose rectocolique. *Thèse Montpellier* 1938.
- DIENGOTT D. — Des aspects cliniques de la fissure à l'anus et de son traitement ambulatoire. *Thèse Paris* 1938.

- DURAND et BOISLEARD. — Technique du traitement des affections de la région ano-rectale. *Méd. Française*, n° 8. 15 Avril 1930, P. 145.
- GAUDEMART P. — De la Rectoscopie. Indications diagnostiques et thérapeutiques. *Thèse Montpellier*, 1937.
- MARCHAND J.-H. — Le traitement électrique des hémorroïdes. *Cahiers de Radioscopie. (Suppl. de la Gaz. Méd. France)*, n° 1, 1^{er} Janvier 1930. P. 11.
- MERLIN J. — La méthode des injections sclérosantes dans le traitement des hémorroïdes. *Thèse Montpellier*, 1940.
- MULLER P. — Les Fissures anales et leur traitement. *Journal de Méd. de Paris*, n° 17. 26 Avril 1928. P. 330.
- RACHET J. — Les hémorroïdes. Diagnostic traitement. *Pratique médicale illustrée*, 1933. Doin Editeur.
- RACHET S. — Le traitement curatif des hémorroïdes par la méthode ambulatoire des injections sclérosantes. *Le monde Médical*, 15 Avril 1933. P. 302.
- RACHET S. — Le traitement médical des fissures anales. *Concours Médical*, 19 août 1934. P. 23, 29.
- RACHET S. — Le traitement curatif des hémorroïdes par les méthodes ambulatoires. *Paris Médical*, 1^{er} Avril 1933. P. 302.
- SAVIGNAC R. — Lettres à un jeune praticien sur les maladies du rectum et de l'anus. 1938. Masson. Paris.
- TOURNEUX M. J. P. — Fissure de l'anus. *Concours Médical*. 21 Novembre 1936. P. 299.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

Les possibilités de la chirurgie spéciale en pathologie ano-rectale.

par Max LATOUR

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 25 juin 1943

Le Professeur,
MARGAROT.

Vu :

Montpellier, le 25 juin 1943

Le Doyen,

G. GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 28 juin 1943

Le Recteur,

J. SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Visa L. P. N° 13.461

Le Puy-en-Velay. — Imprimerie « La Haute-Loire ».

